



TITLE:

# 広範囲の進行性の狭窄をきたした尿管炎の1例

AUTHOR(S):

佐野, 克行; 北島, 直登

---

CITATION:

佐野, 克行 ...[et al]. 広範囲の進行性の狭窄をきたした尿管炎の1例. 泌尿器科紀要 1993, 39(5): 467-470

ISSUE DATE:

1993-05

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/117839>

RIGHT:

## 広範囲に進行性の狭窄をきたした尿管炎の1例

町立浜岡総合病院泌尿器科 (医長: 北島直登)

佐野 克行, 北島 直登

A CASE OF URETERITIS WITH A COURSE OF  
RAPIDLY PROGRESSING STRICTURE

Katsuyuki Sano and Naoto Kitajima

From the Department of Urology, Hamaoka Municipal Hospital

Rapidly progressing stricture of the ureter with non-specific ureteritis is very rare and neither pathogenesis nor reliable treatment is known. We report a case of ureteritis in a 51-year-old woman with a stricture rapidly progressing over a course of 2 months. She was sent to us for left hydronephrosis. Retrograde pyelography (RP) revealed a 5 cm stricture in the left ureter. CT showed no abnormal mass in the retroperitoneum. Gastro-intestinal and gynecological inspection revealed no abnormalities. As a second RP showed 9 cm stricture 2 months later, we performed a biopsy of the ureter and examined it pathologically. There was no evidence of malignancy, but we performed a left nephroureterectomy, because of the stricture in the entire left ureter. Pathological study of the kidney and the ureter showed a non-specific inflammation of the entire urothelium without malignancy. There has been no recurrence in the right ureter.

(Acta Urol. Jpn. 39: 467-470, 1993)

**Key words:** Ureteritis, Rapid progress, Ureteral stricture

## 緒 言

尿管の炎症は通常限局性で、画像診断上、粘膜面の変化を生じることが多い<sup>1)</sup>。われわれは、画像診断的には尿管粘膜面の著明な変化を見出せないにもかかわらず、尿管の広範囲な狭窄性変化をきたした非特異性尿管炎の1症例を経験したので、その診断と治療について考察する。

## 症 例

患者: 51歳, 女性, 主婦

主訴: 偶然に発見された水腎症

現病歴: 1991年7月31日から悪寒を伴う 38°C 以上の熱発が2日間続いたが腰痛等尿路系の炎症を疑わせる症状はなく、近医で数日間の抗生物質の投与を受け軽快した。気管支拡張症の経過観察のため8月9日に当院内科を受診した際、外来でエコー検査が行われ、偶然に左水腎症が認められたので、当科に紹介された。尿路の疾患と関連が疑われる嗜好品、薬品や職業的な前歴は見られなかった。

家族歴: 特別なものはない

入院時の所見: 自覚症状はなく、理学的診察でも異

常は認められなかった。血液、尿の検査に炎症の所見は見られなかった。

画像診断等: 経静脈性腎盂造影 (IP), 120分で左腎が描出されなかった。逆行性腎盂造影 (RP) では左尿管下部に約 5 cm の狭窄が認められたが、5 Fr 尿管カテーテルの挿入は容易であった。尿管の蠕動は狭窄部位を含めて全尿管にわたって消失していた。狭窄部付近の粘膜に不整は見られなかった (Fig. 1a)。カテーテル尿細胞診は class I であった。CT では、尿管周囲の後腹膜腔には腫瘍性変化や線維化は見られず、左の尿管壁の一部が肥厚していると思われる所見があった。婦人科および消化器科の精査を行ったが異常は認められなかった。

以後の経過: 以上の所見からは確定的な診断がつかず、全身状態も良好であったので、経過観察することとし、2カ月後に再検査を行った。IP では前回同様120分で左腎は描出されず、24時間後の CT では左腎および尿管上部に造影剤が貯留し、中部以下の通過障害をきたしていた。しかし後腹膜腔には異常を認めなかった。RP では狭窄を伴う粘膜の変化が中極側へ 9 cm に進展していたが、表面の不整は前回と同様に見られなかった (Fig. 1b)。尿管の蠕動は全長にわたっ

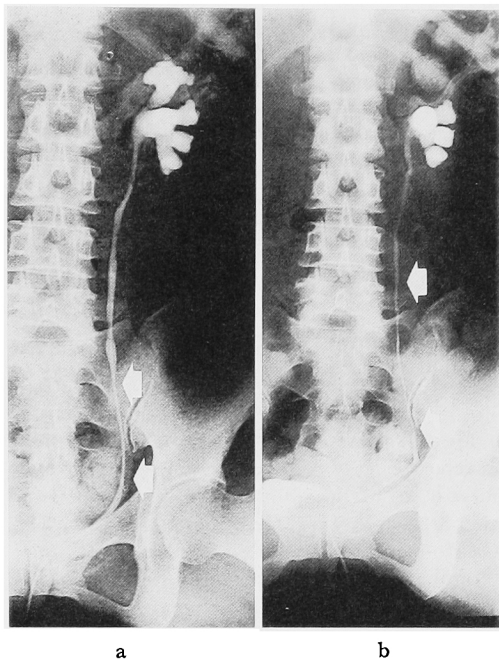


Fig. 1. Retrograde pyelography shows progressive stricture of left ureter. a; August, 21 b; October, 9. Between arrows are narrowed segments.



Fig. 2. The left ureter ran along the common iliac artery. Its wall was as hard as an artery. (Thick arrow: common iliac artery. Thin arrow: ureter)

て消失していた。細胞診は前回同様に class I であった。病変が進行性であり、悪性腫瘍を否定することができないため、10月22日、後腹膜開放生検を行った。

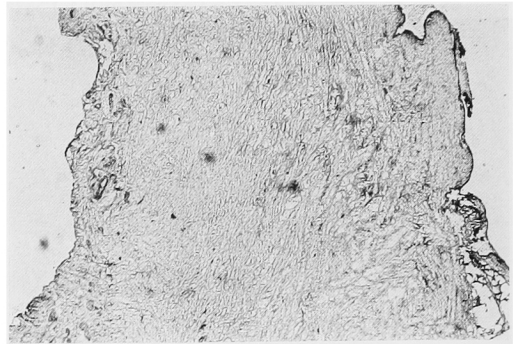
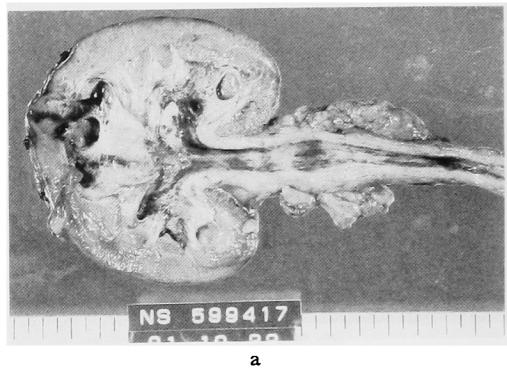
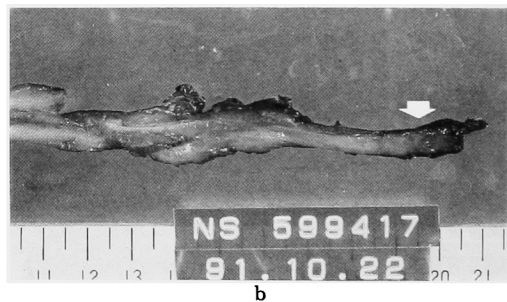


Fig. 3. Frozen section of biopsy of the ureter shows fibrous tissue and no evidence of malignancy.



a



b

Fig. 4. Whole section of left kidney, upper ureter (a), and lowerureter (b). The mucosa from pelvis to the lower ureter is hard and fibrous. Arrow shows boundary of fibrous tissue and normal mucosa.

手術所見：傍腹直筋切開で後腹膜腔に入り総腸骨動脈付近で尿管を探した。尿管の周囲は固く線維化して動脈と癒着しており、触診上動脈と識別し難いくらいの固さと太さであった (Fig. 2)。PR の狭窄に相当する部位を生検した。迅速病理検査の結果は移行上皮の脱落と線維の著明な増殖が見られたが悪性の所見は認められなかった (Fig. 3)。生検した部位から 7 Fr のカテーテルを挿入してみると、中枢側には腎盂まで

スムーズに入ったが、末梢側には入らなかった。以上の結果、狭窄がきわめて広範囲で尿管部分切除は困難であり、また全尿管にわたって悪性病変を否定することはできないと判断して、左腎尿管全摘術を行った。尿管は全長にわたって肥厚し、周囲の結合織と固く癒着していた。摘出標本では尿管壁がほぼ全長にわたって白く肥厚し、特に中枢側は変化が著しくて出血斑も認められた。正常粘膜は尿管の末端近くに約 1.5 cm を残すのみであった (Fig. 4, 矢印)。

病理所見: 腎盂から尿管まで粘膜には著明な線維の増殖を伴う炎症が見られた。炎症の性質は非特異的で細胞浸潤は強くないが、好酸球の比率が増加していた。尿管に特異的な移行上皮はほとんど脱落していた。尿管壁内の動脈は保存されていたが、伴行する静脈の多くが血栓で閉塞して血栓性静脈炎様の変化が見られた。これは病変の原因か結果か不明である。また、下部尿管では尿管の3層構造の外側にさらに線維の増殖が生じていた。全尿管に悪性の所見は見られなかった。腎実質には、一部に軽度の炎症細胞浸潤を認めた。上記の結果から左側の非特異性尿管炎と診断した。

術後の経過: 特別な問題もなく良好である。1992年1月のIPでも右側の腎、尿管は正常である。

## 考 察

尿管の狭窄をきたす疾患で従来最も多かったのは結核性尿管炎である<sup>2)</sup>。これはその特異的な所見により特徴づけられる。一方非特異的尿管炎は現在までに40例余が報告されており<sup>3,4)</sup> 文献的には急性と慢性に大分類される<sup>5,6)</sup>。急性尿管炎は粘膜の発赤と浮腫を主徴とし、粘膜下には白血球の浸潤が見られる。特に急激なものでは出血と膿瘍を伴うこともある。また、慢性尿管炎は粘膜の形態により1)顆粒状の変化を生じたもの、2)多数の嚢胞を認めるもの、3)析出したフィブリンが膜状に付着したもの、4)多数のポリープ状肥厚を生じたものなどに分けられる。自験例の発症を7月下旬と考えれば、急性に始まった炎症が慢性の変化を生じたという可能性も否定できない。広範囲な粘膜の脱落と出血に比べて白血球浸潤はきわめて軽く、膿瘍はみられなかった。また、線維化した部分は粘膜下層に留まらず周囲の組織にも見られる。従って後腹膜線維症のような尿管外の病変が尿管周囲に限局して上下に広がったという可能性も考えられる。

尿管炎の原因についての示唆として、鶴飼ら<sup>7)</sup>は狭窄を生じる尿管表皮化生について報告し、感染に弱い移行上皮が感染抵抗力のある扁平上皮に変化するの

慢性刺激に対する適応であるといっている。自験例には扁平上皮は見られなかったが、移行上皮は一部にしか残存せず、強い刺激が加わっていた可能性は高い。また O'Flynn<sup>8)</sup>、有吉ら<sup>9)</sup>によってアレルギーの関与が指摘されており、ステロイドによる非観血的治療が奏効したという報告もある。自験例の病理標本でも好酸球の増加が見られアレルギーが関与している可能性はある。しかし患者には特別な免疫学的素因は見られない。また、斎藤らがいうように先行する尿路感染症が発症の引き金になっているとすれば、7月の腎盂腎炎と思われる熱発が原因の可能性もある。本症例では観察中に明らかな炎症所見は認められなかったが、今後このような症例では、血沈、CRP、各種抗体価などの追跡を試みると新しい知見がえられるかも知れない。

診断上の問題点は悪性腫瘍との鑑別である。通常の尿路上皮癌は画像診断的には粘膜の不整としてあらわれ、尿管炎の場合は粘膜が平滑であるといわれる。しかし慢性尿管炎の分類にもあるように形態的な変化を伴う例が明らかに存在し、これだけでは決定的な鑑別点にならない。RPによる尿管尿の細胞診あるいは擦過細胞診は重要な判断材料となる。尿管粘膜の病変であればパンチ生検も非常に有効であろう。われわれがこれを行わなかったのは、画像診断より尿管粘膜の病変が否定的であったこと、また全長にわたる尿管蠕動の消失の原因として尿管壁の病変を疑っており、パンチではそこまで到達できないと考えたためである。粘膜外の病変であれば後腹膜開放生検が最善の手段であろう。

治療は腎、尿管の保存が理想である。前述したように鑑別診断ができればよいが、多くは悪性の疑いが否定できずに腎尿管全摘に踏み切っている。この疾患の病理が解明されていない以上、それもやむを得ないともいえるが、限局性で進行速度の速くない症例では、ステロイドなどを試験的に試してみることもよいのではないか。自験例では狭窄の進行が急で、結果的に腎盂まで達していたので、腎の保存は困難だったと判断しているがステロイドの使用は試みる価値があったかと考えている。

本論文の要旨は1992年3月1日の静岡泌尿器科医会で発表した。

## 文 献

- 1) 仲谷達也, 辻野 孝, 池本慎一, ほか: 嚢胞性尿管炎の1例. 泌尿紀要 34: 870-873, 1988
- 2) 安藤 弘: 尿管炎について. 臨泌 23: 797-803,

- 1969
- 3) 齊藤 清, 高橋俊博: 非特異性限局性尿管炎の治療の検討. 西日泌尿 51: 627-631, 1991
- 4) 竹内敏視, 齊藤昭弘, 松田聖土, ほか: 異時性両側性の非特異性限局性尿管炎の1例. 泌尿紀要 30: 397-401, 1984
- 5) Cane M: Disease of the Ureter. In Bergman, H.: The Ureter pp. 193-194 Springer Verlag, New York Inc, New York 1981
- 6) 宮崎文男, 宮原 茂, 野田進士, ほか: 両側性非特異性限局性尿管炎の1例. 西日泌尿 52: 1031-1034, 1990
- 7) 鵜飼麟三, 松木 晁, 平山多秋: 尿管表皮化生の1例. 西日泌尿 41: 95-99, 1979
- 8) O Flynn WR and Sandrey G: Non-specific granulomata of the ureter and fladder. Br J Urol 35: 267-276, 1963
- 9) 有吉朝美: 原発性非特異性限局性尿管炎への1例. 西日泌尿 31: 539-545, 1969

(Received on October 1, 1992)  
(Accepted on February 3, 1993)